

# Allgemeine Patientendaten Pädiatrie

Nummer: PI-00387

Liebe Eltern,

wir (das Team der **Hormonsprechstunde für Kinder und Jugendliche** im ENDOKRINOLOGIKUM) möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Name/Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ beruflich/mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt (Adresse und Telefon):

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin: ja  / nein  Woche: \_\_\_\_\_

normal:  / Kaiserschnitt:  / andere: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite, ggf. nur 2 Werte)

Ist das Kind ein Zwilling? ja  / nein  Wurde es adoptiert? ja  / nein

Geschwister: \_\_\_\_\_

Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_

Nationalität der Mutter: \_\_\_\_\_ Größe der Mutter: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn der Mutter mit: \_\_\_\_\_ Jahren 1. Menstruation der Mutter mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Nationalität des Vaters: \_\_\_\_\_ Größe des Vaters: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn des Vaters mit: \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes:

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Medikamente? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

## Doctolib

Sind Sie mit Termin Erinnerungen per Mail +SMS Versandt über Doctolib einverstanden?

Ja  Nein

Sind Sie mit der Übermittlung von Dokumenten über Doctolib einverstanden?

Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_